

SENADO

SECRETARIA

DIRECCION GENERAL DE COMISIONES

XLIVa. LEGISLATURA
SEGUNDO PERIODO

COMISION DE SALUD PUBLICA

DISTRIBUIDO Nº 713 DE 1996

ABRIL DE 1996

SIN CORREGIR POR LOS ORADORES

HOSPITAL SIQUIATRICO

Situación

Versión taquigráfica de la sesión del día 17 de abril de 1996

A S I S T E N C I A

Preside	: Senador Alberto Cid -ad hoc-
Miembros	: Senadores Nahum Bergstein y Nicolás Storace
Invitados especiales	: Miembros de la Comisión interna de la Federación de Funcionarios de Salud Pública del Hospital Siquiátrico, Presidente Angel Batalla y Secretario Enrique Grandiroli
Secretaria	: Reina Frías
Ayudante de Comisión	: Félix González

SEÑOR PRESIDENTE.- Habiendo numero, está abierta la sesión.

(Es la hora 14 y 34 minutos)

En nombre de la Comisión, tenemos el agrado de dar la bienvenida a los representantes de la Federación de Funcionarios de Salud Pública.

El motivo de la presencia de su Presidente e integrantes de la Comisión Directiva estaba dado por un planteamiento hecho por los funcionarios del Hospital Musto y, posteriormente, por la Federación de Funcionarios de Salud Pública, para estudiar dos temas: situación del Hospital Musto y un proyecto sobre productividad que en estos días ha generado un conflicto. Queremos, pues, conocer la versión de la Federación, a efectos de poder formarnos una opinión.

SEÑOR BATALLA.- Como en otras tantas oportunidades, la Federación de Funcionarios de Salud Publica ha tenido que recurrir al Parlamento a los efectos de, digamos, frenar un poco este avasallamiento de los derechos de la generalidad de los usuarios, y en particular, de aquellos que tienen problemas psiquiátricos.

Desde el inicio, se sabía que el Hospital Musto era inviable como establecimiento psiquiátrico. Conocido es que se instauró en la época de la dictadura y allá por el año 1986 ó 1987 se reabre la discusión de si debía o no continuar siendo un hospital psiquiátrico. A algunos de los actores de ese entonces, como el doctor Strozzi, se les dijo que tal como se encontraba el establecimiento, no podía funcionar. Sin embargo, continuó cumpliendo actividades y fue más o menos acondicionado para evitar los casos de autoeliminación que existían, puesto que las ventanas ni siquiera tenían rejas o barrotes.

Allí se albergan alrededor de 330 pacientes, hay policlínicas de psiquiatría y funcionaba una puerta de emergencia, que se cerró el 1º de abril de este año, no permitiendo el ingreso al Hospital Musto. Por otro lado, se reabre una puerta en el Hospital Vilardebó que no estaba en condiciones de ser utilizada. Sin embargo, sin esperar que se concretara la reestructuración del servicio en forma adecuada, se comienza a atender allí y a trasladar a los enfermos al Hospital Musto en una ambulancia que se alquila a la Institución Laiken cuando, en realidad, deberían ser internados en la llamada sala Vilardebó, que fue inaugurada al mismo tiempo que se cierra la puerta de emergencia del

Musto. Entendemos que es un tanto desequilibrado el razonamiento hecho por las autoridades de ASSE al cerrar una puerta e internar en el mismo hospital a los pacientes --porque, según se dice, es la única posibilidad que existe-- haciendo un trasiego de un lado a otro, lo cual para nosotros es una falta de respeto a la comunidad usuaria y a sus familiares.

Al margen de esto, hay proyectos que están muy en el aire en momentos en que se quiere aplicar un plan de salud de 1986 que fue rechazado por el Ministerio de Salud Pública. A posteriori, el actual titular del Ministerio se opone a una serie de planteamientos contenidos en los proyectos de atención psiquiátrica. Sin embargo, se pretenden llevar adelante algunos aspectos, sin que en este momento exista alternativa alguna. Hoy no hay una infraestructura adecuada para suplir la internación del Hospital Musto. ¿Por qué? Porque el Hospital Vilardebó no acepta ningún paciente más; tiene colmada, con creces, su capacidad. Inclusive, hay pacientes judiciales en salas generales, en donde, como es obvio, se carece de seguridad para estos casos. Tampoco las Colonias Santín Carlos Rossi y Etchepare están en condiciones --más de un documento que ha sido estudiado avala esto-- de aceptar una sola internación más, si es que lo que se pretende es brindar a los enfermos psiquiátricos una atención más o menos digna y humana. No obstante, se dice que algunos de los 300 pacientes del Hospital Musto van a ser atendidos en "hospitales de medio camino" o en "hospitales de día". Salud Pública no cuenta con ninguna institución de este tipo. El único que tiene un "hospital de día" es el Hospital de Clínicas.

De todos modos, el problema es en qué medio social se reinserta a esas personas durante la noche. El medio familiar supone una situación problemática para el hogar, en donde marido y mujer se ven obligados a salir a trabajar. Hoy se hace muy difícil, pues, que un paciente psiquiátrico pueda ser reinsertado en el grupo familiar. También tenemos que ver qué se hace con aquellos que no pueden ser reinsertados socialmente o en el medio familiar. La única alternativa sería trasladarlos a las Colonias Santín Carlos Rossi o Etchepare, sabiendo que no existe posibilidad alguna de que

ingrese uno sólo más. A pesar de esto, el viernes pasado fueron trasladadas seis personas a la Colonia Santín Carlos Rossi, sin sus historias clínicas y sin estudios físicos previos, como si se tratara de desechos.

Nos oponemos rotundamente a esto, aunque no al mejoramiento de la situación de los pacientes; pero, obviamente, no podemos permitir que no existiendo las infraestructuras de alternativa que prevean una mejor atención, en este momento se esté buscando cerrar el Hospital Musto.

Hay hechos que demuestran la irresponsabilidad de las autoridades. Por ejemplo, se ha dicho que para qué se quiere el Hospital Musto cuando muchas veces no hay médicos, porque muchos profesionales utilizan la tarjeta blanca para firmar y retirarse en comisión a otros lugares. Como decíamos, esto muestra la irresponsabilidad de la administración, porque si tenía conocimiento de este tipo de hechos, hace muchísimo tiempo que debió corregir esa situación ya que, de lo contrario, se transforma en cómplice de la corrupción. No podemos aceptar esta disculpa por parte de la administración para argumentar que los pacientes son mal atendidos. Los enfermos son responsabilidad de la administración y ésta dispone de los medios suficientes para ajustar el funcionamiento de cualquier establecimiento. Por lo tanto, da la impresión de que acá se están persiguiendo otros objetivos que van en contra de la seguridad de los pacientes. Esta actitud la demostraron ya en el traslado del Hospital Filtro, cuando se llevaron las camas existentes en el CTI a establecimientos cuya infraestructura no estaba adecuada a este fin. La demanda se realizó en perjuicio de los internados del Hospital general y, principalmente, de los pacientes ambulatorios.

Hoy poseemos un Hospital Filtro con una infraestructura prácticamente vacía y con ochenta funcionarios. A este respecto no sabemos cuál será el fin ni de una ni de otros, puesto un director de un "hospicenter" privado estuvo recorriendo sus instalaciones y se llevó sus planos.

Quiere decir que se está castigando a los usuarios de

Salud Pública al arrendar o vender establecimientos, sin prever su seguridad. Si bien a los funcionarios nos prometen cierta estabilidad en cuanto a nuestra fuente de empleo, pienso que ella no es completa, porque quienes son trasladados a otro establecimiento y deben tomar un ómnibus más, en realidad se verán obligados a renunciar a sus derechos, al no poder soportar esa carga económica.

A nosotros nos interesa también la seguridad del usuario porque constituye una finalidad primordial que ellos tengan una atención más o menos digna y humana. No debemos olvidar que inclusive nosotros y nuestros familiares utilizamos los servicios que presta Salud Pública, y no podemos permitir que se tornen decrépitos como consecuencia de una mala voluntad política o administrativa.

Hemos planteado todos estos temas a la Comisión a los efectos de lograr que, de alguna manera, comience a tener injerencia en estos aspectos, a fin de detener este avasallamiento y mejorar, por lo menos, la situación de estos pacientes que, en este momento, son los más desvalidos por su incapacidad mental. Pensamos que ellos no pueden ser tirados como trapos viejos en lugares donde no hay capacidad locativa adecuada a las necesidades de los seres humanos, ni estar hacinados.

SEÑOR PRESIDENTE.- El señor Batalla manifestó que los enfermos que hoy se asisten en el Hospital Musto son alrededor de trescientos y que se habían trasladado seis, en malas condiciones, a la Colonia Santín Carlos Rossi. Pregunto cuál es la situación de los restantes pacientes que aún se están asistiendo en el Hospital Musto. Deseo saber si han cambiado las condiciones, si se mantiene o ha disminuido el personal y, en general, cómo es la atención a los enfermos que aún permanecen en el referido Hospital.

SEÑOR BATALLA.- La asistencia se ha corregido en gran medida. Somos conscientes de que se producían ausentismos que, de alguna manera, fueron subsanados en forma inmediata, por lo que la asistencia ha mejorado y, en virtud de otras medidas, también se ha avanzado en cuanto a la seguridad de los pacientes dentro de su medio de internación a los efectos de

que no deambulen por la vecindad. Debo decir que sí están padeciendo --no sólo los internados en el Hospital Musto, sino los de todas las colonias psiquiátricas-- una falta de medicación muy importante, dada las tremendas reducciones de gastos que ha llevado a cabo ASSE, tanto en diciembre del año pasado como en febrero de este año, en virtud de un comunicado firmado por el doctor Fraschini.

SEÑOR BERGSTEIN.- El señor Batalla manifestó que todas las acciones se llevan a cabo en función de determinados objetivos. Deseo saber cuáles son, según la Federación de Funcionarios, esos fines.

SEÑOR BATALLA.- La Federación de Funcionarios de Salud Pública, entiende que el objetivo primordial es una reducción del Estado, de la que no escapa Salud Pública. En ese sentido, existe un proyecto anterior a la Ley de Presupuesto, que marcaba como meta la desaparición de unidades ejecutoras de varios establecimientos, el cierre de alguno de ellos y de algunos blocks quirúrgicos --como el de Cardona-- así como la disminución de entre un 70% y un 75% de las camas de otros centros, inclusive del interior. Por supuesto esto no pudo ser llevado a cabo porque partía de una documentación elaborada desde un escritorio, que al encontrarse con la realidad, se topó con el rechazo de las poblaciones que pudieron frenar esta embestida.

En este momento, se apunta primero al Hospital Saint Bois, donde la comunidad de la zona en general se opuso al cierre y solicitó la transformación del establecimiento en un hospital general, lo cual se está llevando a cabo.

Actualmente, tenemos el problema del Hospital Filtro y del Hospital Musto, porque se persigue un objetivo que no apunta al bienestar del paciente. Ninguna institución puede iniciar su cierre sin poseer la infraestructura de alternativa en funcionamiento, a efectos de que no haya un resquebrajamiento o desequilibrio en la continuidad de la asistencia de estos usuarios, cuyo número es conocido estadística y demográficamente.

SEÑOR PRESIDENTE.- Si la Federación percibiera que en el

Hospital Vilardebó o en las colonias la infraestructura estuviera de acuerdo con los insumos correctos y la capacidad de asistencia, ¿tendrían objeciones respecto a esta reestructura?

SEÑOR BATALLA.- No solamente no tendríamos objeciones, sino que, en realidad, nuestros planteamientos primarios se dirigían a que en el Hospital Vilardebó se reestructuraran y reacondicionaran las salas y servicios, incorporando recursos humanos, a fin de poder estar en condiciones de brindar una atención mucho más digna a los pacientes psiquiátricos. Lo mismo pensamos respecto a las colonias psiquiátricas en el sentido de reacondicionar su infraestructura para lograr un mejor servicio.

Tal como manifestamos en un principio respecto al traslado de las camas del Hospital Filtro, no nos oponemos de ninguna manera a esta reestructura, siempre y cuando existan las garantías necesarias para los usuarios. Lamentablemente teniendo en cuenta los ejemplos que nos han dado desde esa instancia y ahora, con el cierre de las puertas del Hospital Musto y el traslado de pacientes hacia donde no existen condiciones adecuadas, podemos comprobar que dichas garantías no existen ya que, en algunos casos, los pacientes que deben ser internados terminan durmiendo en un colchón colocado sobre el suelo.

SEÑOR GRANDIROLI.- Desde que se inauguró el Hospital Musto afirmamos que no es adecuado para recibir enfermos psiquiátricos, y seguimos manteniendo esa posición. La infraestructura de este Hospital no está capacitada para albergar pacientes de esa naturaleza. Sin embargo, al no existir otro centro que cumpla esas funciones, entendemos que el Musto debe seguir recibiendo dichos pacientes, por lo menos hasta que no haya otra alternativa.

SEÑOR PRESIDENTE.- Pediría a los señores visitantes que hicieran un breve resumen acerca del tema de la productividad, ya que está por comenzar la sesión del Senado.

SEÑOR BATALLA.- En primer lugar, quiero decir que, como Federación, no nos oponemos a la filosofía de la

productividad, puesto que entendemos que quien mejor cumple debe cobrar más. Pero cuando hablamos de compensaciones por productividad debemos partir de un salario base digno suficiente como para sustentar necesidades vitales. Esto quiere decir que dicho salario debe estar por lo menos equiparado con el de la actividad privada, aunque éste no es el de los mejores, pero es muy superior al que percibe un funcionario de Salud Pública. En este momento se da el caso del traslado de un dinero que los funcionarios venían cobrando por economías de C.T.I. --o sea, producidas por la totalidad de los funcionarios-- y por la ley presupuestal se vierte al rubro cero, pero bajo el rótulo de productividad. Por supuesto que la Federación no puede ignorar esta ley, por lo que inmediatamente de aprobada comenzó a trabajar junto con el Ministerio, al que le manifestó su punto de vista, que en principio fue aceptado por el doctor Fraschini --quien en ese momento representaba a esa Cartera-- en el sentido de que la productividad en salud, si bien no es imposible, es muy difícil llevarla a cabo, ya que no se trabaja en una empresa que fabrica y vende productos, sino en una institución donde se atiende a seres humanos. Además, lo que se debe evaluar, más que nada, es la calidad y eficiencia de la atención y no la cantidad de actos realizados. Por lo tanto, hace tres años los médicos venían cobrando una partida de productividad por asiduidad, y si resulta difícil medir la productividad en un médico, más difícil es aún hacerlo en toda la institución. Entonces, ya que se menciona la palabra "productividad", propusimos que se tomaran parámetros objetivos y aceptamos que lo que fuera imputable al trabajador se controlara. El funcionario tiene la obligación de ir a trabajar, por lo tanto es imputable a él la asiduidad cuando se trata de faltas injustificadas, puesto que para las justificadas hay otra clase de medidas administrativas de control. Además, se debe tener en cuenta, cuando existe, la mala conducta u ociosidad notoria, siempre y cuando esté documentada. De ninguna manera podemos aceptar que se atribuya a alguien mala conducta en el momento de pagar la productividad si la Administración no actuó antes para corregirla. Asimismo, planteamos que el Ministerio, por ley, debe tener la necesidad y obligación de registrar sus actos y su productividad con eficiencia. Si hasta ahora no lo había hecho, debía iniciar dicho registro para saber con qué

recursos humanos cuenta, cuál es la calidad de su producción y en qué condiciones se trabaja. Entonces, luego de dos años, cuando se tenga la plena seguridad de cómo se está trabajando y se puedan corregir los errores que se cometen a efectos de mejorar la calidad de la atención y las condiciones de trabajo, se podrán establecer estándares promedio para saber dónde se produce más o menos. En este sentido, pusimos ejemplos claros. Si en Salto el Hospital tiene un promedio de estadía de 20 días y el de Paysandú de 15, tengo que saber los motivos por los cuales un mismo servicio que posee iguales recursos produce menos en cuanto a egresos. Pero esta información no se puede recoger de la noche a la mañana, y el Ministerio está haciendo oídos sordos a las proposiciones de la Federación, aunque sin embargo fueron aceptadas en un principio, tal como lo fue --por parte del doctor Fraschini-- un pago bimensual. Sin perjuicio de ello, se elabora un falso decreto --ya que no está firmado por el doctor Sanguinetti-- cuyos parámetros son inviables e inmedibles y confeccionados por alguien que desconoce la actividad hospitalaria. ¿Por qué digo esto? Porque cuando se habla de asiduidad, las únicas faltas que están exceptuadas para medir dicha asiduidad son las correspondientes a licencia y antigüedad, no tomando en cuenta que un Hospital trabaja las 24 horas del día los 365 días del año y olvidándose de que estos centros no pagan horas extra ni feriados, sino que abonan mediante el sistema de compensado. Entonces, si trabajo un día feriado y quiero cobrar el compensado, pierdo la productividad. Esto hace que se mida, no lo que es imputable al funcionario, sino todo aquello que escapa, no sólo a la voluntad del trabajador, sino de muchos Directores de establecimientos que tienen sectores improductivos y no poseen los recursos necesarios como para revertirlos. Lo que se hace es decir que si el sector es improductivo, el 80% de los funcionarios no cobra productividad, cuando en realidad la improductividad del sector se da por un sinnúmero de razones que son responsabilidad del Ministerio de Salud Pública por no proveer de recursos. Concretamente es a eso a lo que nos oponemos y pedimos al Ministerio que deje de tomar en consideración estos parámetros de medición, esta reglamentación, este proyecto de decreto y comience a pagar la productividad teniendo en cuenta parámetros objetivos. Sabemos que algo hay que medir, pero eso se debe hacer

enterando al funcionariado de que va a cobrar un incentivo a la productividad, algo que lo aliente a trabajar más, porque en el 99% de los casos el ausentismo no se produce por voluntad propia, sino debido a la imposibilidad de concurrir a trabajar por $ 1.800 mensuales, puesto que hay que pagar alquiler, alimentar una familia, etcétera. Entonces, se cubren suplencias en la actividad privada para poder sobrevivir. Recién luego de que el funcionariado esté en pleno conocimiento de cómo se manejan las cosas vamos a estar en condiciones de proyectarnos hacia el futuro y mejorar los sistemas de salud. El proyecto actual no apunta a mejorar la calidad de la asistencia, sino a aumentar la cantidad de consultas y de egresos sin tener en cuenta el motivo de por qué se realiza ese número de consultas. Pero para nosotros no es tan importante el médico que tiene muchas consultas, manda varios análisis y medicamentos como el que atiende a pocos pacientes y estudia sus problemas en detalle, puesto que de esa manera le está ahorrando recursos a Salud Pública y está brindando una atención humanitaria, digna e individual a cada usuario, que es lo que corresponde. Pensamos que no es válido que se atribuya las estadías en los centros hospitalarios al hecho de que los recursos humanos funcionan mal, cuando la mayoría de las veces la problemática es de índole social, puesto que hay pacientes a los que no se puede dar de alta luego de atender sus patologías, porque los estaríamos dejando en la calle.

Por lo tanto, entendemos que es imprescindible que Salud Pública elabore un estudio acerca de esta temática para luego estar en condiciones de discutir de qué manera se pueden mejorar los parámetros que utilizan los servicios.

SEÑOR PRESIDENTE.- En definitiva, de lo que se ha manifestado, concluyo que la Federación de Funcionarios de Salud Pública no se opone a los criterios de compensación de productividad, ni a una graduación en su aplicación. Asimismo, estarían de acuerdo en que en una primera etapa se establezcan algunas correcciones a los parámetros de asistencia y asiduidad, contemplando ciertas inasistencias como las señaladas por el señor Batalla. Esto último se basa en que se toman unos días que se han ganado por trabajar en días feriados, los que de no computarse dentro de esa

productividad, podrían llegar a perjudicar al servicio, ya que el funcionario no accedería a cumplir sus tareas en esas fechas. También se coincidiría en la necesidad con respecto al tema de la licencia por enfermedad --y esto lo manifestaba en mi despacho el señor Lluveras-- siempre que la misma esté fehacientemente documentada.

Si estos aspectos puntuales pudieran ser instrumentados, si se puede implementar un criterio de asiduidad --que creo que es un punto clave en Salud Pública-- y proyectar la productividad a más largo plazo, creo que podríamos estar aceptando el restablecimiento de bases de discusión para este problema.

SEÑOR BATALLA.- Con respecto a la asiduidad consideramos que debe medirse teniendo en cuenta algunas licencias a que los funcionarios tienen derecho. Me refiero, por ejemplo, a la enfermedad debidamente documentada, y registrada, al duelo y a la maternidad, derecho universalmente consagrado que aquí se desconoce. Pensamos que estos puntos son fundamentales para el funcionario.

Por otro lado, creemos que los estándares que se plantean para medir el rendimiento del funcionario deben establecerse luego de un largo período de estudio, ya que no podemos partir de la total irregularidad e ineficiencia del servicio. Es inadmisible iniciar los trabajos en base a Enfermeros que tienen a su cargo sesenta camas o a Auxiliares de Servicio que atienden un Laboratorio o el Departamento de Placas. En este sentido, existen algunas situaciones que deben regularizarse. Recién entonces estaríamos dispuestos a ingresar en un período de mejoras y establecimiento de parámetros de distinta índole que permitan cuantificar el problema. Pero de ninguna manera podemos pedir al funcionario que se responsabilice de aquellas funciones o actos que escapan a su voluntad y a su responsabilidad, y menos aun podemos castigarlo por integrar un sector improductivo. Con respecto a esto último, nos encontraríamos con que, de acuerdo a la Ley de Presupuesto --que de alguna manera absorbió la Ley de Reforma del Estado-- el 70% de los funcionarios, luego de calificados los excelentes y muy buenos, comprenderán a los insuficientes que, en caso de ser

contratados serán cesados y, si son presupuestados serán pasibles de sumario. Además, debemos tener en cuenta las características de nuestras Direcciones que no están preparadas para ejercer la dirección de un Hospital y menos aun la de los Departamentos de Personal y Administración.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos a la delegación la clara exposición que nos han brindado y los felicitamos por su extraordinaria capacidad de síntesis frente a un tema tan complicado. Posteriormente, según lo que surja del estudio de la Comisión, solicitaremos a los presentes nuevas entrevistas.

Se levanta la sesión.

(Así se hace. Es la hora 15 y 03 minutos)